



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Análisis sedación como doble efecto

Nombre del alumno: Ricardo de Jesús Aguilar Felipe

Nombre de la asignatura: Medicina Paliativa

Semestre y grupo: 6to semestre grupo "A"

Nombre del profesor: Dra. Ana Laura Domínguez Silva

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez, Chiapas a 04 de Julio de 2020

En lo particular yo elegí hacer un análisis comparativo de dos artículos sobre sedación como doble efecto, ya que me parecieron muy interesantes. Es decir que el contenido de cada uno de los artículos era tan interesante, que me pareció que lo correcto era realizar un análisis comparativo de los dos artículos.

El nombre de los artículos que elegí son:

- **El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales**, del Doctor Ricardo Hodelín Tablada.
- **Sedación en cuidados paliativos**, de Miguel Ángel Cuervo Pinna y cols.

El libro de sedación en cuidados paliativos de Miguel Ángel, plantea la siguiente clasificación de la sedación, mencionando diferentes formas de clasificar a la sedación:

Clasificación de la Sedación:

Según Objetivo, Temporalidad e Intensidad

- a. Según el objetivo:
 - **Primaria:** es la disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
 - **Secundaria (mejor denominarla, somnolencia):** la disminución de la conciencia es efecto secundario de la medicación.
- b. Según la temporalidad:
 - **Intermitente:** Es aquella que permite períodos de alerta del paciente
 - **Continua:** La disminución del nivel de conciencia es de forma permanente
- c. Según la intensidad:
 - **Superficial:** Es aquella que permite la comunicación del paciente (verbal o no verbal).
 - **Profunda:** Aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

Así como también, el mismo libro trata de conceptualizar lo que es la sedación en la medicina paliativa, como lo siguiente:

Concepto de SEDACIÓN PALIATIVA: Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

Como menciona la anterior definición, la sedación en paliativa se trata de recurrir a la necesidad de la administración de ciertos fármacos a los pacientes que se encuentran con algún problema o enfermedad terminal, que como sabemos estos pacientes tienen la característica que en los últimos días de vida, tienden a sufrir agonías, o tener pensamientos que le recuerdan algo que vivieron y que les trae tristeza o angustia, y el hecho de estar postrados en una cama o incluso inconscientes, sin poder hablar o expresar algo, no les permite expresar lo que quisieran decir en ese momento y por eso estos pacientes pueden, incluso llegar a ponerse inquietos o a llegar a sentir mucho dolor, es por eso que se recurre a la sedación de manera deliberada, es decir, a la cantidad que requiera para poder tranquilizar a la persona.

Incluso el libro “el principio de doble efecto en la sedación a pacientes terminales”, menciona lo siguiente:

Resulta frecuente que los enfermos terminales presenten dolor intenso, dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, entre otros. Para la atención de estos muchas veces es necesario utilizar drogas como la morfina -- que pueden producir hipotensión arterial o una depresión respiratoria--, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia. Como defienden Taboada et al, no es infrecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia, el equipo de salud, o en ambos. Se teme incluso que los efectos negativos de estas intervenciones médicas puedan implicar una forma de eutanasia.

Pero, qué tan ético es el proceder a la disminución del dolor o la agonía de un paciente, a través de la sedación, el Doctor Ricardo Hodelin, en su libro menciona que existen otras posibilidades de aliviar estos síntomas en los pacientes terminales, a través de otras técnicas, más que nada, quirúrgicas, respaldándose de una frase, que él mismo menciona en su libro, menciona que la sedación sería una opción después de haber agotado todas las demás opciones que existen para así, poder disminuir el dolor en los pacientes terminales, como tal, en su libro menciona lo siguiente:

Ahora bien, hay que detenerse y determinar lo expuesto anteriormente, porque como se ha señalado es necesario agotar otras terapias para el tratamiento del dolor. El autor de este trabajo ha atendido a pacientes con dolor por cáncer que han evolucionado al estado vegetativo persistente, en los cuales se pueden usar múltiples técnicas de tratamiento, muchas de ellas, incluso, neuroquirúrgicas, que no son invalidantes y alivian el dolor, como la cordotomía, la mielotomía comisural, la estimulación eléctrica transcutánea y la talamotomía a través de la estereotaxia. Estos procedimientos actúan sobre las diferentes vías de integración del dolor. Así pues, se puede defender el criterio de que, si no se han agotado todas las terapéuticas posibles, entonces no es ético plantear en estos casos el principio del doble efecto, debido a los propios resultados negativos que

conlleve, los cuales pudieran evitarse si se utilizan las técnicas mencionadas previamente.

También es importante mencionar que muchas veces la sedación en los pacientes paliativos o terminales, muchas veces se confunde como que es esta, la causa de la muerte de los pacientes, ya que muchas veces es visto que después de un tiempo corto después de la aplicación de la sedación, los pacientes mueren, por lo cual el libro de **sedación en cuidados paliativos**, menciona lo siguiente:

Es habitual encontrarnos con referencias continuas a este principio cuando se trata de argumentar la corrección o incorrección de la sedación, incluso en documentos oficiales de la SECPAL. La doctrina del doble efecto o "voluntario indirecto" establece que una acción con dos o más posibles efectos, incluyendo al menos uno bueno posible y otros que son malos, es moralmente permisible si se dan cuatro requisitos:

1. La acción debe ser buena o neutra.
2. La intención del actor debe ser correcta.
3. Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
4. El efecto deseado y bueno no debe ser causado por un efecto indeseado o negativo.

Hay que dejar claro que el doble efecto en la sedación en la agonía no hace referencia a la vida (efecto deseado), muerte (efecto indeseado), sino al alivio del sufrimiento refractario (efecto deseado), pérdida de la conciencia (efecto indeseado). La muerte, pues, no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que desgraciadamente el paciente fallecerá inexorablemente a consecuencia de la evolución de la enfermedad o sus complicaciones.

En general, son fármacos que son utilizados para la realización de la sedación de doble efecto, el libro de sedación en cuidados paliativos, menciona que dentro de los fármacos más utilizados son:

En una revisión de la literatura de la sedación terminal en medicina paliativa se encontraron, entre los diferentes estudios incluidos, 11 drogas diferentes usadas para este fin. Las dosis empleadas fueron muy dispares hallándose, pues, amplios rangos de dosis para cada fármaco. Estos fármacos y sus rangos de dosis fueron:

- Midazolam 0.42-20 mg/h
- Levomepromazina 2-25 mg/h
- Clorpromazina 0.54-21.9 mg/h
- Haloperidol 0.21 mg/h (dosis media)
- Amobarbital 20-750 mg/h

- Tiopental 20-120 mg/h
- Propofol 10-400 mg/h
- Methohexital 2-5 mg/kg
- Pentobarbital 1-2 mg/kg
- Fenobarbital hasta 33 mg/h
- Tiamilal 20.8-88.3 mg/h

El fármaco más empleado fue el midazolam, y la mayoría recibió opioides de forma concomitante. Ninguna droga fue superior a otra para sedación o toxicidad. El fallo primario a una droga no impidió la respuesta a otra.

Los grupos de FÁRMACOS utilizados en sedación están claramente establecidos en el artículo de Krakauer:

- Benzodiacepinas (prototipo: Midazolam, fármaco más utilizado en sedación).
- Neurolépticos (prototipo: Levomepromazina: más sedativo que haloperidol y se recomienda su uso por vía subcutánea en lugar de Clorpromazina).
- Barbitúricos (prototipo: Fenobarbital, ya que está permitido su uso por vía subcutánea).
- Anestésicos (prototipo: Propofol. Inicio rápido de acción, duración ultracorta, fácil y rápidamente controlable mediante titulación de dosis en infusión continua y con otros beneficios potenciales-antiemético, anticonvulsivante...-)

Otro aspecto interesante que debe tenerse presente es lo que ha sido denominado cóctel lítico. También llamado como cacotanasia o eutanasia involuntaria y se refiere a la administración de fármacos, generalmente por vía endovenosa, con el objetivo común de abolir la conciencia y acortar la vida, llevado a cabo de manera brusca y no gradual, generalmente sin participación del enfermo, a petición de la familia o por decisión del equipo terapéutico. También se considera, por un gran número de médicos (incluido el autor), incorrecta la práctica del cóctel lítico; esta praxis nos muestra cierta incapacidad de los equipos médicos para resolver los problemas habituales de control de síntomas e impacto emocional en pacientes y familiares. Desde el punto de vista ético la sedación terminal se distingue del cóctel lítico en que su intencionalidad es la de controlar los síntomas, su gradualidad y la participación del enfermo y la familia.